



ASOCIACIÓN DE AUXILIO PÓSTUMO DEL EMPLEADO DE SALUD PÚBLICA
 5a. Calle 5-23, Zona 1, Guatemala, C.A
 PBX 2200-1515 ext. 109, 119 o 133 / WhatsApp Institucional Archivo 3612-1501

SOLICITUD DE INGRESO

NO. DE EXPEDIENTE

Lugar y fecha: _____

Señores Miembros de Junta Directiva
Asociación de Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública,
Guatemala.

Por este medio de manera atenta presento ante ustedes, mi formal **Solicitud de Ingreso** a dicha Institución, como Asociado _____

de acuerdo al artículo _____, inciso _____ de los Estatutos vigentes, para lo cual proporciono la siguiente información:

DATOS PERSONALES:

1er. Apellido _____ 2do. Apellido _____ Apellido de casada _____

1er. Nombre _____ 2do. Nombre _____ 3er. Nombre _____

4to. Nombre _____ 5to. Nombre _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Edad: _____ Sexo: F M

DPI con CUI: _____ Estado civil: _____

Nombre del cónyuge o conviviente: _____

Con residencia en: _____

Teléfono(s): _____ Correo electrónico: _____

Dirección para recibir notificaciones: _____

Para que el envío de correspondencia sea eficiente favor proporcionar su dirección exacta.

DATOS LABORALES:

Lugar de Trabajo: _____

Cargo que desempeña: _____ Renglón: _____

Observaciones: _____

Asimismo, hago de su conocimiento que mi firma que calza esta solicitud, es la que actualmente utilizo en documentos públicos y privados, aun cuando pudiera diferir de la que consta en mi Documento Personal de identificación.

Plenamente enterado del contenido y efectos de la presente solicitud, ruego a ustedes se sirvan emitir resolución favorable de la misma.

Atentamente,

 Firma del Solicitante

INTÉRPRETES: En caso de que el asociado ignore el idioma español, deberá auxiliarse de dos intérpretes no parientes que hablen el idioma de que se trate y el español. (Arto. 23 de Reglamento General de Estatutos)

Nombre completo del primer intérprete: _____

DPI con CUI: _____ Idioma interpretado: _____

 Firma del Intérprete

Nombre completo del segundo intérprete: _____

DPI con CUI: _____ Idioma interpretado: _____

Firma del Intérprete

IMPORTANTE

- 1) La presente está sujeta a resolución de aceptación o rechazo por Junta Directiva y/o Gerencia.
- 2) Cualquier anotación no contemplada en el artículo 7º. del Reglamento del Programa de Prestación Póstuma se tendrá por no válida.
- 3) Los nombres del asociado y los beneficiarios deben consignarse tal y como aparecen en sus documentos de identificación.
- 4) Al dejar de laborar en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ya sea por renuncia, destitución, jubilación u otra circunstancia, debe informar inmediatamente a la Asociación y seguir aportando su cuota; los asociados que incurran en mora por haber dejado de pagar hasta seis meses consecutivos dejarán de ser asociados de "ASAPESPU", sin necesidad de declaración, resolución o notificación alguna, no procediendo el pago de prestación póstuma.

• Original: ASAPESPU – Copia: ASOCIADO